

FORMULE 1

AVIS DE DÉPÔT D'UNE ORDONNANCE DE SOUTIEN

(Loi sur l'exécution des ordonnances de soutien, L.N.-B. 2005, c.S-15.5, art.5(2))

N° du dossier de la cour _____

DESTINATAIRE : DIRECTEUR DE L'EXÉCUTION DES ORDONNANCES DE SOUTIEN

Je suis le payeur, le bénéficiaire, un représentant du ministère des Services familiaux et communautaires dans la présente affaire. (cocher la case pertinente)

Veillez nous fournir vos coordonnées :

Coordonnées		
Nom :	_____	_____
	(nom de famille)	(prénom)
		(second prénom)
Adresse :	_____	_____
	(numéro et nom de la rue)	(appartement)
		(municipalité)
Province/État :	_____	Code postal : _____
Téléphone : (maison)	_____	

Je désire déposer l'ordonnance de soutien datée du _____ auprès du directeur de l'exécution des ordonnances de soutien pour que le Service des ordonnances de soutien familial (SOSF) administre le dossier et exécute l'ordonnance.

Veillez cocher la case qui correspond à votre situation :

- C'est la première fois que l'ordonnance de soutien susmentionnée est déposée auprès du SOSF pour qu'il l'exécute au Nouveau-Brunswick.
- Le dossier de l'ordonnance de soutien susmentionnée a déjà été administré par le SOSF, mais l'ordonnance a été retirée le ou vers le _____ (date).
- J'ignore si cette ordonnance a été déposée auparavant.

Fait le _____ 20__.

Signature

Nom en lettres moulées

REMARQUE : Le présent avis doit être envoyé ou livré au bureau local du Service des ordonnances de soutien familial avec l'original, ou une copie certifiée conforme, de l'ordonnance de soutien.